

IDENTIFIKASI STATUS PSIKOLOGIS SEBAGAI UPAYA PENGEMBANGAN MODEL REHABILITASI KLIEN HIV/AIDS BERBASIS KOMUNITAS

(IDENTIFICATION OF PSYCHOLOGICAL STATUS AS AN EFFORT TO DEVELOP COMMUNITY-BASED HIV/AIDS CLIENT REHABILITATION MODEL)

Nur Widayati^{1*}, Murtaqib²

^{1,2}Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Jl. Kalimantan No. 37 Jember 68121

*e-mail: wida_nur81@yahoo.com

ABSTRAK

Kata kunci:

Dukungan keluarga

Depresi

Kualitas hidup

Stigma dan diskriminasi dapat menghambat upaya pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS dan menimbulkan dampak psikologis yang dapat menurunkan kualitas hidup klien HIV/AIDS. Model rehabilitasi klien HIV/AIDS berbasis komunitas dapat digunakan sebagai pendekatan atau strategi untuk mengatasi permasalahan stigma dan deskriminasi HIV/AIDS. Pengembangan model memerlukan identifikasi status psikologis pasien seperti dukungan keluarga, tingkat depresi, dan kualitas hidup. Penelitian dilakukan terhadap 11 orang pasien HIV/AIDS yang terdiagnosa di klinik VCT Puskesmas Tanggul Jember. Teknik *sampling* yang digunakan adalah *purposive sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan kuesioner WHO QOL-BREF untuk mengukur kualitas hidup, *Beck depression inventory* (BDI) II untuk menilai tingkat depresi, dan kuesioner dukungan keluarga. Penelitian dilaksanakan pada bulan Agustus-September 2015. Data dianalisa secara deskriptif dalam bentuk persentase dan rerata. Hasil penelitian menunjukkan 54,5% mendapat dukungan keluarga dalam kategori baik dan 45,5% mendapatkan dukungan keluarga dalam kategori kurang. Berdasarkan tingkat depresi, sebagian besar responden memiliki tingkat depresi dalam kategori minimal atau normal yaitu sebanyak 72,7%, sedangkan 18,2% mengalami depresi ringan dan 9,1% memiliki tingkat depresi sedang. Nilai rerata untuk kualitas hidup adalah 61,3. Hasil penelitian mengindikasikan pentingnya memasukan aspek psikososial dalam pengembangan model rehabilitasi klien HIV/AIDS antara lain dengan penyediaan fasilitas konseling psikologis, *self help group*, *social support group* dan pelibatan peran keluarga.

ABSTRACT

Keywords:

Family support

Depression

Quality of life

Stigma and discrimination can hinder the prevention and treatment of HIV/AIDS and give psychological impact that can lower quality of life of people living with HIV/AIDS. Community-based HIV/AIDS client rehabilitation model can be used as an approach or strategy to address the stigma and discrimination towards HIV/AIDS. Development of the model requires identification of psychological status of the patients such as family support, the level of depression, and quality of life. Eleven HIV/AIDS patients diagnosed in VCT Clinic of Public Health Center of Tanggul were enrolled in this study by applying purposive sampling technique. Data were collected between August and September 2015 by using WHO QOL-BREF questionnaire to measure quality of life, Beck depression

inventory (BDI) II to assess the level of depression, and family support questionnaire. Data were analyzed descriptively as percentage and mean value. The result showed that 54.5% of respondents were well supported by the family while 45.5% of respondents were less supported. In terms of depression level, majority of respondents (72.7%) had depression level in normal or minimal category, while 18.2% experienced mild depression and 9.1% had moderate depression. The mean value of quality of life was 61.3. The results indicate the importance of including psychosocial aspects in the development of community-based HIV/AIDS client rehabilitation model, such as by providing psychological counseling facilities, selfhelp group, social support group and increasing family roles.

PENDAHULUAN

Kasus HIV/AIDS di Indonesia dilaporkan terus mengalami peningkatan. Sampai dengan Maret 2013 ditemukan 147.106 kasus yang terdiri dari HIV sebanyak 103.759 kasus dan AIDS sebanyak 43.347 kasus. Provinsi Jawa Timur menempati peringkat kedua kasus HIV/AIDS terbanyak dengan jumlah 20.499 kasus yang terdiri dari HIV sebanyak 13.599 kasus dan AIDS sebanyak 6.900 kasus (Kemenkes RI, 2013). Jember merupakan kabupaten dengan kasus HIV terbanyak keempat dan AIDS terbanyak ketujuh di Jawa Timur. Sampai dengan tahun 2012 tercatat 942 kasus HIV dan 302 kasus AIDS (Dinkes Jawa Timur, 2013). Data Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2013 menunjukkan kasus HIV/AIDS terus mengalami peningkatan. Kecamatan Tanggul merupakan salah satu kecamatan di Kabupaten Jember dengan kejadian HIV/AIDS yang semakin meningkat (Hendrastuti, 2014). Studi pendahuluan di Puskesmas Tanggul menunjukkan di Kecamatan Tanggul sampai April 2014 terdapat 42 kasus HIV/AIDS. Dalam waktu dua bulan semenjak didirikan yaitu antara bulan maret sampai april 2014, klinik *voluntary counseling and testing* (VCT) menemukan 5 kasus HIV positif. Kondisi ini menunjukkan kemungkinan masih banyak masyarakat yang terinfeksi namun belum memeriksakan diri. Suatu intervensi diperlukan untuk mengatasi kondisi tersebut.

Pemahaman kebanyakan orang masih keliru tentang HIV/AIDS. HIV/AIDS diasumsikan hanya menjadi masalah bagi orang dengan perilaku seks yang menyimpang dan sering dikaitkan dengan mereka yang dinilai tidak bermoral, pendosa dan sebagainya (Harahap, 2012). Stigma yang ada di masyarakat dapat menimbulkan diskriminasi terhadap Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA), dan hal tersebut harus segera mendapatkan penanganan (Yusnita, 2012). Perlakuan diskriminatif dapat berasal dari keluarga sendiri, teman dan kerabat, masyarakat sekitar, ataupun dari pemerintah. Stigma dan deskriminasi

menimbulkan dampak psikologi yang berat bagaimana ODHA memandang diri mereka. Kondisi ini dapat mendorong terjadinya depresi, kurang penghargaan diri, keputusan, bahkan keinginan bunuh diri atau merusak dirinya. Kurangnya dukungan dari lingkungan (dukungan material, informasional, emosional, sosial, atau spiritual) akan membuat kualitas hidup ODHA memburuk (Enkabara, 2010).

Stigma dan diskriminasi membuat ODHA maupun keluarganya merasa takut atau malu untuk mengakui dan mencari bantuan (Enkabara, 2010). Stigma dari lingkungan sosial dapat menghambat proses pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS. ODHA tidak bersedia melakukan tes karena cemas akan mendapatkan diskriminasi. ODHA juga dapat menerima perlakuan yang tidak semestinya sehingga mereka menolak membuka status mereka terhadap pasangan atau merubah perilaku mereka. ODHA akhirnya tidak mencari pengobatan dan dukungan serta tidak berpartisipasi untuk mengurangi penyebaran dikarenakan kekhawatiran mendapatkan stigma dan diskriminasi (Yusnita, 2012).

Stigma dan diskriminasi dapat diatasi dengan suatu intervensi berbasis masyarakat, termasuk keluarga, tempat kerja, layanan kesehatan, agama, dan media. Intervensi diarahkan untuk membatasi sikap negatif terhadap ODHA (Yusnita, 2012). Salah satu program yang dapat disusun dalam mengatasi stigma dan diskriminasi adalah melalui pembentukan pusat rehabilitasi klien HIV/AIDS berbasis komunitas. Rehabilitasi berbasis masyarakat ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup klien HIV/AIDS. Rehabilitasi ditujukan untuk mengurangi masalah psikologis dan stigma sosial. Kegiatan yang dilakukan dapat berupa konseling, advokasi, penyuluhan dan pendidikan. Dalam upaya pengembangan model rehabilitasi klien HIV/AIDS berbasis komunitas diperlukan identifikasi terlebih dahulu kondisi psikologis klien HIV/AIDS. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi kondisi psikologis yang meliputi dukungan keluarga, tingkat depresi, dan

kualitas hidup sehingga dapat dikembangkan model yang tepat dan sesuai.

METODE

Populasi dalam penelitian ini adalah penderita HIV/AIDS yang terdata di klinik VCT Puskesmas Tanggul. Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 11 orang pasien HIV/AIDS. Sampel ditentukan dengan metode *purposive sampling*. Kriteria sampel meliputi bisa membaca dan menulis, bisa berkomunikasi dengan baik, tidak mengalami gangguan psikiatrik berat, dan bersedia menjadi responden penelitian.

Penilaian dukungan keluarga dilakukan dengan menggunakan kuesioner penelitian Darwin (2014) yang terdiri dari 20 item pertanyaan dengan pilihan jawaban tidak pernah, kadang-kadang, sering, dan selalu. Dukungan keluarga dikatakan kurang jika skor < *mean* dan dikatakan baik jika skor \geq *mean*. Pengukuran depresi dilakukan dengan menggunakan kuesioner *Beck Depression Inventory* (BDI) II yang digunakan pada penelitian Darwin (2014) dan Widyarsono (2013). Kuesioner terdiri dari 21 pertanyaan dengan empat pilihan jawaban yang menggambarkan tingkat intensitas gejala yaitu 0 = tidak ada gejala; 1 = ada gejala ringan; 2 = ada gejala sedang, dan 3 = ada gejala berat. Nilai total berkisar antara 0-63. Tingkat depresi dikategorikan normal/minimal jika nilai 0-13, depresi ringan jika nilai 14-19, depresi sedang jika nilai 20-28, dan depresi berat jika nilai 29-63. Kualitas hidup dikaji dengan kuesioner WHO QOL-BREF yang terdiri dari 4 domain yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Rentang nilai untuk domain fisik dan psikis adalah 0-24. Rentang nilai untuk domain hubungan sosial adalah 0-16, dan rentang nilai untuk domain lingkungan adalah 0-32. Rentang nilai total untuk seluruh domain adalah 0-96. Analisa data dilakukan secara deskriptif dalam bentuk persentase untuk variabel dukungan keluarga, tingkat depresi, dan karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, dan status tinggal. Variabel usia dan durasi sakit disajikan dalam bentuk rerata. Variabel kualitas hidup disajikan dalam bentuk persentase dan rerata.

HASIL

Karakteristik Responden

Tabel 1 menunjukkan rerata usia responden adalah 36,8 tahun dengan usia termuda yaitu 25 tahun dan usia tertua yaitu 57 tahun. Rata-rata lama menderita penyakit adalah 12,4 bulan, dengan paling

sedikit 1 bulan dan paling lama 48 bulan.

Pada tabel 2 didapatkan bahwa berdasarkan jenis kelamin, jumlah responden laki-laki lebih banyak daripada perempuan yaitu 63,6%. Berdasarkan tingkat pendidikan terakhir, jumlah terbanyak pada tingkat SD yaitu 45,4%. Dalam hal pekerjaan, responden terbanyak bekerja sebagai wiraswasta yaitu 54,5%. Terdapat 2 orang responden (18,2%) yang merupakan ibu rumah tangga. Sebagian besar responden berstatus menikah yaitu sebanyak 63,6% dan sebagian besar tinggal bersama keluarga yaitu sebanyak 63,6%.

Dukungan Keluarga

Pada tabel 3 didapatkan bahwa dari 11 orang responden, sebanyak 6 orang (54,5%) mendapat dukungan keluarga dalam kategori baik dan 5 orang (45,5%) mendapatkan dukungan keluarga dalam kategori kurang. Hal ini menunjukkan masih terdapat responden yang kurang mendapatkan dukungan keluarga.

Penilaian Depresi

Tabel 4 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat depresi dalam kategori minimal atau normal yaitu sebanyak 8 orang (72,8%), sisanya yaitu 1 orang (9,1%) memiliki tingkat depresi pada kategori sedang.

Kualitas Hidup Secara Umum

Penilaian responden tentang kualitas hidup secara umum dikaji dengan pertanyaan: "bagaimana menurut anda kualitas hidup anda?". Tabel 5 menunjukkan sebagian besar responden menggambarkan kualitas hidupnya secara umum dalam kondisi baik yaitu sebanyak 7 orang (63,6%), bahkan 2 orang responden (18,2%) merasa kondisinya sangat baik, dan 2 orang lainnya (18,2%) merasa biasa-biasa saja.

Kepuasan Terhadap Kondisi Kesehatan

Kepuasan terhadap kondisi kesehatan dikaji dengan pertanyaan: "seberapa puas anda terhadap kesehatan anda". Tabel 6 menunjukkan bahwa dalam hal kepuasan terhadap kondisi kesehatan, sebagian besar responden yaitu 7 orang (63,6%) merasa puas dengan kondisi kesehatannya, bahkan 3 orang responden (27,3%) merasa sangat puas, namun terdapat 1 orang responden (9,1%) yang merasa tidak puas dengan kondisi kesehatannya sekarang.

Perasaan Negatif

Perasaan negatif dikaji dengan pertanyaan "seberapa sering anda memiliki perasaan negatif

Tabel 1. Karakteristik responden berdasarkan usia dan durasi penyakit

Karakteristik	Mean	Median	SD	Min-Max
Usia (tahun)	36,8	34	9,5	25-57
Durasi penyakit (bulan)	12,4	6	13,7	1-48

Tabel 2. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan status tinggal

No	Karakteristik responden	Jumlah (orang)	Persentase (%)
1	Jenis kelamin		
	Laki-laki	7	63,6
	Perempuan	4	36,4
2	Pendidikan terakhir		
	SD	5	45,4
	SMP	2	18,2
	SMA	4	36,4
3	Pekerjaan		
	Ibu rumah tangga	2	18,2
	Wiraswasta	6	54,5
	Karyawan swasta	1	9,1
	Supir	1	9,1
	Tidak bekerja	1	9,1
4	Status pernikahan		
	Menikah	7	63,6
	Belum menikah	2	18,2
	Cerai	1	9,1
	Tidak terkaji	1	9,1
5	Status tinggal		
	Bersama keluarga	7	63,6
	Sendiri	2	18,2
	Tidak terkaji	2	18,2

Tabel 3. Distribusi responden berdasarkan dukungan keluarga

Dukungan Keluarga	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Baik	6	54,5
Kurang	5	45,5
Total	11	100

seperti '*feeling blue*' (kesepian), putus asa, cemas dan depresi. Tabel 7 menunjukkan sebanyak 1 orang (9,1%) mengatakan sering mengalami, 3 orang (27,3%) cukup sering, 4 orang (36,4%) jarang, dan 3 orang (27,3%) mengatakan tidak pernah mengalami perasaan negatif tersebut.

Nilai Rerata Domain QOL

Tabel 8 menunjukkan nilai rerata untuk domain kesehatan fisik adalah 15,7 dari nilai maksimal yang seharusnya bisa dicapai yaitu 24. Nilai rerata untuk domain kesehatan psikis adalah 15,1 dari nilai maksimal yang seharusnya bisa dicapai yaitu 24. Nilai rerata untuk domain hubungan sosial adalah 10 dari nilai maksimal yang seharusnya bisa dicapai yaitu 16.

Nilai rerata domain lingkungan adalah 20,4 dari nilai maksimal yang seharusnya dicapai 32. Nilai rerata untuk QOL total adalah 61,3 dari nilai maksimal yang seharusnya dicapai yaitu 96.

Rentang nilai untuk domain fisik dan psikis adalah 0-24. Rentang nilai untuk domain hubungan sosial adalah 0-16, dan rentang nilai untuk domain lingkungan adalah 0-32. Rentang nilai total untuk penggabungan seluruh domain adalah 0- 96.

PEMBAHASAN

Dukungan Keluarga

Pada penelitian ini didapatkan dari 11 orang responden, sebanyak 6 orang (54,5%) mendapat

Tabel 4 Distribusi responden berdasarkan tingkat depresi

Tingkat Depresi	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Minimal / normal	8	72,7
Depresi ringan	2	18,2
Depresi sedang	1	9,1
Depresi berat	0	0
Total	11	100

Tabel 5. Distribusi responden berdasarkan kualitas hidup secara umum

Kualitas Hidup	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Sangat buruk	0	0
Buruk	0	0
Biasa-biasa saja	2	18,2
Baik	7	63,6
Sangat baik	2	18,2
Total	11	100

Tabel 6. Distribusi responden berdasarkan kepuasan terhadap kondisi kesehatan

Kepuasan terhadap kondisi kesehatan	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Sangat tidak memuaskan	0	0
Tidak memuaskan	1	9,1
Biasa-biasa saja	0	0
Memuaskan	7	63,6
Sangat memuaskan	3	27,3

Tabel 7. Distribusi responden berdasarkan perasaan negatif

Perasaan negatif seperti ' <i>feeling blue</i> ' (kesepian), putus asa, cemas dan depresi	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Tidak pernah	3	27,3
Jarang	4	36,4
Cukup sering	3	27,3
Sangat sering	1	9,1
Selalu	0	0

Tabel 8. Distribusi responden berdasarkan nilai rerata domain QOL

Domain QOL	Rerata
Kesehatan fisik	15,7
Psikologis	15,1
Hubungan sosial	10
Lingkungan	20,4
Rerata QOL total	61,3

dukungan keluarga dalam kategori baik dan 5 orang (45,5%) mendapatkan dukungan keluarga dalam kategori kurang. Hal ini menunjukkan masih terdapat responden yang kurang mendapatkan dukungan keluarga. Penelitian Marubenny dkk (2013) menunjukkan dari 39 orang ODHA, 22 orang (59%) mendapatkan dukungan keluarga dan 17 orang (41%)

tidak mendapatkan dukungan keluarga. Penelitian Siahaan (2011) menunjukkan 50% responden memiliki dukungan keluarga dalam kategori cukup. Efektivitas dukungan keluarga berhubungan dengan kepatuhan pengobatan ARV penderita HIV AIDS (Silvitasari, 2013). Penelitian Siahaan (2011) juga menunjukkan adanya pengaruh dukungan keluarga terhadap pro-

gram pengobatan HIV AIDS. Dukungan keluarga mencakup dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan emosional. Empat indikator dari dukungan keluarga tersebut berpengaruh terhadap program pengobatan.

Dukungan keluarga berhubungan dengan kualitas hidup ODHA (Simboh dkk, 2015). Penelitian Payuk dkk (2012) menunjukkan dari 52 responden yang mendapatkan dukungan keluarga, sebanyak 90,4% memiliki kualitas hidup baik dan hanya 9,6% memiliki kualitas hidup kurang baik. Uji korelasi menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup ODHA. Dukungan teman dan dukungan petugas kesehatan juga berhubungan signifikan dengan kualitas hidup ODHA. Hasil penelitian mengindikasikan agar keluarga dan teman memberikan dukungan kepada ODHA, sedangkan petugas kesehatan agar meningkatkan kualitas pelayanan.

Kejadian depresi lebih banyak terjadi pada pasien HIV dengan dukungan sosial yang buruk (Bathia & Munjal, 2014). Hasil penelitian Amiya et al. (2014) menunjukkan peran penting dari dukungan keluarga dalam kejadian depresi dan bunuh diri di kalangan ODHA. Penyediaan konseling keluarga dan layanan dukungan dengan fokus memperbaiki interaksi negatif dan memperkuat dukungan emosional dalam layanan perawatan dan pengobatan HIV dapat membantu untuk meningkatkan kesehatan mental, kesejahteraan, dan capaian pengobatan pada penderita HIV. Penelitian Darwin (2014) menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pasien HIV/AIDS. Oleh karena itu untuk mencegah depresi pada pasien HIV/AIDS diperlukan pemberian program konseling dan edukasi pada keluarga untuk meningkatkan dukungan keluarga dan meningkatkan partisipasi keluarga dalam merawat pasien HIV/AIDS.

Penelitian Siboro (2013) menunjukkan hubungan yang positif dari dukungan keluarga terhadap keberfungsian sosial orang dengan HIV/AIDS. Harefa dkk (2012) mendapatkan adanya hubungan dukungan keluarga dengan harga diri ODHA. Dari 66,7% responden yang memiliki dukungan keluarga baik, sebanyak 60,8% memiliki harga diri positif dan hanya 6,9% yang memiliki harga diri negatif. Penelitian kualitatif oleh Li et al. (2006) terhadap 30 penderita HIV/AIDS menunjukkan semua partisipan penelitian sangat membutuhkan bantuan dan sumber utama dukungan yang berasal dari keluarga. Dukungan keluarga termasuk bantuan keuangan, dukungan dalam mengungkapkan penyakit, aktivitas perawatan sehari-hari, dan dukungan

psikologis. Penelitian menggambarkan bahwa dukungan yang disediakan keluarga dapat memberikan efek positif pada penderita HIV/AIDS, sehingga penting melibatkan keluarga dalam intervensi HIV/AIDS.

Penelitian Li et al (2008) menemukan stigma terkait HIV termasuk membuat malu keluarga, merusak hubungan dalam keluarga dan jaringan keluarga yang lebih luas. Stigma HIV/AIDS memiliki pengaruh besar terhadap identitas keluarga dan interaksi. Dalam rangka mengatasi tekanan tersebut, keluarga berpartisipasi dalam program dukungan diri, mengajarkan pada anggota keluarga, dan membantu keluarga-keluarga lain. Pelibatan keluarga dalam intervensi untuk mengurangi stigma merupakan hal yang penting.

Tingkat Depresi

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden memiliki tingkat depresi dalam kategori minimal/normal yaitu sebanyak 8 orang (72,7%), 2 orang (18,2%) mengalami depresi ringan dan 1 orang (9,1%) memiliki tingkat depresi pada kategori sedang. Hasil penelitian Yaunin dkk (2014) menunjukkan dari 43 penderita HIV/AIDS sebanyak 44,2% tidak mengalami depresi dan 55,8% mengalami depresi yaitu 25,6% depresi ringan, 11,6% depresi sedang, 4,7% depresi berat, dan 14% depresi sangat berat. Depresi terbanyak ditemukan pada usia 20 - 39 tahun (83,3%). Bathia & Munjal (2014) mendapatkan prevalensi depresi pada pasien HIV yang mendapatkan terapi ARV yaitu 58,75%. Prevalensi meningkat seiring dengan bertambahnya gejala. Kejadian depresi lebih tinggi pada pasien yang tidak bekerja, tidak berpendidikan, tidak menikah, memiliki pendapatan sedikit, dan memiliki dukungan sosial yang buruk. Penelitian Chandra et al. (1998) menunjukkan dari 51 pasien HIV ditemukan kejadian depresi sebanyak 40%. Penelitian Kinyanda et al. (2011) menunjukkan dari 618 responden, 8,1% mengalami depresi mayor. Faktor psikologi dan sosial berperan dalam terjadinya depresi pada pasien HIV. Penelitian Winari (2015) mendapatkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan depresi pada penderita HIV/AIDS.

Terdapat hubungan antara stigma dan gejala depresi. Stigma dapat merugikan secara sosial yang dapat mengakibatkan depresi (Raguram et al, 1996). Kecenderungan untuk mengalami distress psikologi dipengaruhi berbagai faktor sosial dan budaya, salah satunya adalah derajat stigma. Selain itu, gejala depresi berhubungan dengan penurunan NK dan limfosit CD8+ pada pasien HIV. Sel imun berperan

dalam perlindungan terhadap perburukan infeksi HIV. Depresi dan stress bisa memiliki implikasi klinis dalam perjalanan penyakit (Lesserman et al, 1997). Kejadian depresi pada pasien HIV mungkin disebabkan oleh efek dari penyakitnya sendiri yaitu perubahan neurokognitif yang diakibatkan oleh HIV maupun efek dari pengobatan HIV yang bisa menyebabkan perubahan mood (Elliott, 2003). Penelitian Chandra et al (1998) menunjukkan hubungan keluarga yang buruk dan adanya nyeri merupakan faktor yang berhubungan dengan terjadinya depresi.

Hasil penelitian Ambarwati dkk (2014) tentang dampak psikologis pada pasien HIV/AIDS didapatkan sebagian besar (69%) memiliki dampak psikologis negatif terhadap penyakit HIV/AIDS. Untuk dampak sosial didapatkan 55,2% responden memiliki dampak sosial negatif terhadap penyakit HIV/AIDS. Dari dampak spiritual didapatkan 36,8% memiliki dampak spiritual negatif terhadap penyakit HIV/AIDS. Depresi dapat memberikan efek yang signifikan pada kualitas hidup dan perawatan penyakit. Terdapat hubungan yang signifikan antara depresi dengan kualitas hidup aspek sosial pada ODHA, yaitu semakin rendah tingkat depresi semakin tinggi kualitas hidup aspek sosial. Dari 50 orang penderita HIV/AIDS, terdapat 42 orang yang memiliki tingkat depresi yang rendah dan kualitas hidup aspek sosial yang tinggi (Widyarsono, 2013). Depresi yang tidak teratasi dapat menurunkan kepatuhan terhadap pengobatan (Elliott, 2003). Terdapat hubungan negatif yang signifikan antara harga diri dengan tingkat depresi klien ODHA, yaitu semakin tinggi harga diri yang dimiliki maka tingkat depresi yang dialami semakin ringan, dan sebaliknya semakin rendah tingkat harga diri yang dimiliki maka tingkat depresi yang dialami semakin berat (Rahayu, 2012).

Kejadian depresi pada pasien HIV memerlukan pencegahan melalui deteksi dini dan perawatan untuk meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan dan kualitas hidup pasien (Bathia & Munjal, 2014). Dalam perawatan pasien, juga menjadi hal penting untuk memperhatikan faktor psikologis pasien serta melibatkan keluarga untuk memberikan dukungan kepada pasien (Rahayu, 2012). Penatalaksanaan depresi dengan menggunakan anti depresan atau psikoterapi yang berhubungan dengan peningkatan kepatuhan terapi anti retroviral pada pasien HIV. Mengidentifikasi risiko depresi pada pasien HIV merupakan hal yang penting untuk segera diberikan perawatan antidepresi sehingga dapat meningkatkan kepatuhan terapi dan menurunkan perburukan penyakit maupun kematian (Moosa & Jeenah, 2012).

Kualitas Hidup

Hasil penelitian menunjukkan 63,6% responden menggambarkan kualitas hidupnya secara umum dalam kondisi baik, 18,2% merasa kondisinya sangat baik, dan 18,2% merasa biasa-biasa saja. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian Kusuma (2011) yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden (63%) memiliki kualitas hidup kurang baik. Penelitian oleh Oktavia dkk (2014) juga mendapatkan mayoritas responden memiliki kualitas hidup yang rendah pada semua domain QOL dan persepsi secara umum. Hasil penelitian Hardiansyah dkk (2014) mendapatkan persentase yang hampir sama untuk responden yang memiliki kualitas hidup baik yaitu 47,6% dan yang memiliki kualitas hidup buruk yaitu sebanyak 52,4%. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Oktavia dkk (2014) mendapatkan pendidikan, pekerjaan dan kepatuhan terhadap pengobatan merupakan faktor terkuat yang mempengaruhi kualitas hidup penderita HIV/AIDS. Novianti (2015) menemukan bahwa tingkat pendidikan dan lama menderita penyakit berhubungan dengan kualitas hidup pasien HIV. Penelitian tidak menemukan adanya hubungan antara usia, jenis kelamin, dan status perkawinan dengan kualitas hidup.

Nilai rerata kualitas hidup dari seluruh domain pada penelitian ini adalah 61,3 dari nilai maksimal yang seharusnya dicapai yaitu 96. Penelitian juga menunjukkan nilai rerata tiap domain belum mencapai nilai maksimal. Penelitian Yulianti (2013) menemukan domain hubungan sosial memiliki nilai rerata terendah. Pada penelitian Hardiansyah dkk (2014) didapatkan domain fisik, kemandirian, dan spiritual memiliki nilai rata-rata di atas nilai median yang artinya kualitas hidup baik didapatkan pada ketiga domain tersebut. Pada domain psikologi, interaksi sosial, dan lingkungan didapatkan nilai rerata di bawah nilai median yang berarti kualitas hidup kurang baik berada pada ketiga domain tersebut.

Penelitian oleh Zhang et al (2011) menunjukkan 50,9% responden merasakan bahwa HIV/AIDS memberikan pengaruh ke hubungan sosial dengan kerabat dan atau teman. Sebanyak 37,3% responden merasakan dampak yang ditimbulkan dalam hubungan sosial dengan tetangga. Diatmi & Fridari (2014) mendapatkan adanya hubungan yang positif antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pada ODHA, yang berarti semakin tinggi dukungan sosial, maka semakin tinggi kualitas hidup. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar ODHA memiliki dukungan sosial yang sangat tinggi, yaitu sebanyak 44 orang (58%) dan 32 (42%) memiliki tingkat dukungan sosial dengan kategori tinggi. Dalam hal

kualitas hidup sebanyak 8 orang (115) memiliki kualitas hidup dalam kategori sedang, 45 orang (59%) memiliki kualitas hidup dalam kategori tinggi, dan 23 (30%) memiliki kualitas hidup dalam kategori sangat tinggi. HIV memberikan dampak yang merugikan pada setiap aspek kesehatan dan menekankan agar pemberi pelayanan kesehatan mempertimbangkan interaksi kompleks antara emosi, kesejahteraan sosial, dan kesehatan fisik (Sayles et al, 2007).

SIMPULAN

Lebih banyak pasien yang mendapatkan dukungan keluarga dalam kategori baik dibandingkan kategori kurang. Sebagian besar pasien memiliki tingkat depresi dalam kategori minimal atau normal. Nilai rerata kualitas hidup belum mencapai maksimal meskipun sebagian besar pasien menggambarkan kualitas hidupnya secara umum dalam kondisi baik.

SARAN

Pengembangan model rehabilitasi klien HIV/AIDS berbasis komunitas perlu mempertimbangkan aspek psikososial untuk mencegah depresi dan meningkatkan kualitas hidup klien HIV/AIDS antara lain dengan mengajarkan strategi koping, manajemen stres, menyediakan fasilitas konseling, pembentukan *self help group* dan *social support group*. Selain itu diperlukan pelibatan peran keluarga untuk dapat memberikan dukungan yang optimal kepada klien HIV/AIDS. Penelitian lanjutan dengan metode kualitatif diperlukan untuk mendapatkan gambaran lebih mendalam status psikologis klien HIV/AIDS.

KEPUSTAKAAN

Amiya, R.M. et al. 2014. Perceived Family Support, Depression, and Suicidal Ideation among People Living with HIV/AIDS: A Cross-Sectional Study in the Kathmandu Valley, Nepal. *Plos One Journal*, 9 (3). Doi: 10.1371/journal.pone.0090959. eCollection 2014

Ambarwati, R. dkk. 2014. Dampak Psikologis, Sosial, dan Spiritual Orang dengan HIV/AIDS. [Serial Online]. Diakses dari <http://oneresearch.kink.kemkes.go.id/Record/PoltekkesSbyJK-article> 27/Description#tabnav

Bathia, M.S., & Munjal, S. 2014. Prevalence of Depression in People Living with HIV/AIDS Undergoing ART and Factors Associated with it. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*,

8(10). [Serial Online]. Diakses dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4253251/>

Chandra, P.S., Ravi, V., Desai, A., Subbakrishna, D. K. 1998. Anxiety and depression among HIV-infected heterosexuals--a report from India. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(5), 401-409. [Serial Online]. Diakses dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9835233>

Darwin, R.P. 2014. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pasien HIV/AIDS di Pusat Pelayanan Khusus RSUP Haji Adam Malik Medan Tahun 2013, Skripsi, Universitas Sumatra Utara Medan. [Serial Online]. Diakses dari <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/40240>

Dinkes Jawa Timur. 2012. Jatim Dalam Angka Terkini, Tahun 2012-2013 Triwulan I. Diakses dari http://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/JATIM_DALAM_ANGKA_TERKINI.pdf

Diatmi, K., & Fridari, D. 2014. Hubungan Antara Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup pada Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Yayasan Spirit Paramacitta. *Jurnal Psikologi Udayana*, 1 (2), 353-362. [Serial Online]. Diakses dari <http://ojs.unud.ac.id/index.php/psikologi/article/download/8549/6408>

Elliott, A. 2003. Depression and HIV in the Era of HAART. [Serial Online]. Diakses dari <http://www.thebody.com/content/art1819.html>

Enkabara, N. 2010. Stigma dan Diskriminasi Terhadap ODHA. [Serial Online]. Diakses dari <http://livara.blogspot.co.id/2010/11/stigma-dan-diskriminasi-terhadap-odha.html>

Hardiansyah, Amirudin, R., & Arsyad, D.S. 2014. Kualitas Hidup Orang dengan HIV dan AIDS di Kota Makassar. [Serial Online]. Diakses dari <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/10736/HARDIANSYAH%20K11110602.pdf?sequence=1>

Harahap, E.S. 2012. Kenal HIV/AIDS Secara Cerdas, Wujud Menghilangkan Diskriminasi. [Serial Online]. Diakses dari <http://www.suarakita.org/2012/12/kenal-hivaidsecara-cerdas-wujud-menghilangkan-diskriminasi/>

Hendrastuti, R. 2014. Pengaruh Pendidikan Kesehatan pada Remaja terhadap Stigma tentang Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di SMA Sultan Agung Kecamatan Puger, Kabupaten Jember. Skripsi. Universitas Jember.

- Harefa K., Saragih, M., Nursamah. 2012. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Harga Diri Orang HIV/AIDS (ODHA) di Lembaga Medan Plus Medan Tahun 2012. [Serial Online]. Diakses dari <http://sari-mutiara.ac.id/new/wp-content/uploads/2013/11/42-Hubungan-Dukungan-Keluarga-Dengan-Harga-Diri-Orang-HIV.doc>
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. Laporan Situasi Perkembangan HIV&AIDS di Indonesia s.d. 31 Maret 2013. [Serial Online]. Diakses dari http://www.aidsindonesia.or.id/ck_uploads/filesLaporan%20HIV%20AIDS%20TW%201%202013%20FINAL.pdf
- Kusuma, H. 2011. Hubungan Antara Depresi dan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS yang Menjalani Perawatan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta. Tesis. Universitas Indonesia. [Serial Online]. Diakses dari <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20282772-T-Henni%20Kusuma.pdf>
- Kinyanda, E., Hoskins, S., Nakku, J., Nawaz, S., & Patel, V. 2011. Prevalence and Risk Factors of Major Depressive Disorder in HIV/AIDS as Seen in Semi-Urban Entebbe District, Uganda. *BMC Psychiatry*, 11, 205. Doi: 10.1186/1471-244X-11-205
- Li, L. et al. 2006. Understanding Family Support for People Living with HIV/AIDS in Yunnan, China. *AIDS Behav*, 10(5), 509-517. Doi: 10.1007/s10461-006-9071-0
- Li, L. et al. 2008. Impacts of HIV/AIDS Stigma on Family Identity and Interactions in China. *Fam Syst Health*, 26(4), 431-442. [Serial Online]. Diakses dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2721225/>
- Leserman, J. et al. 1997. Severe Stress, Depressive Symptoms, and Changes in Lymphocyte Subsets in Human Immunodeficiency Virus-Infected Men. A 2-Year Follow-Up Study. *Archives of General Psychiatry*, 54(3):279-85. [Serial Online]. Diakses dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9075469>
- Marubeny, S., Aisah, S., & Mifbakhuddin. 2013. Perbedaan Respon Sosial Penderita HIV-AIDS yang Mendapat Dukungan Keluarga dan Tidak Mendapat Dukungan Keluarga di Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) Semarang. *Jurnal Keperawatan Komunitas*, 1 (1), 43-51. [Serial Online]. Diakses dari <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=98551&val=5089>
- Moosa, M.Y.H., & Jeenah, F.Y. 2012. Treating Depression in HIV-Positive Patients Affects Adherence. *Southern African Journal of HIV Medicine*, 13(3),144-149. Diakses dari <http://www.sajhivmed.org.za/index.php/hivmed/article/view/128/212>
- Novianti, S. 2015. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Penderita HIV yang Menjalani Rawat Jalan di Care Supportand Treatment (CST) Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Kota Pontianak. *Proners*, 3 (1). Diakses dari <http://jurnal.untan.ac.id/index.php/jmkeperawatanFK/article/view/11396>
- Oktavia, N., Kusnanto, H., dan Subronto, Y.W. 2014. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS di Kabupaten Boyolali dan Kota Surakarta (Solo) Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012. [Serial Online]. Diakses dari <http://akkes.saptabakti.ac.id/>
- Payuk, I., Arsin, A.A., & Abdullah, A.Z. 2012. Hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup orang dengan HIV/ AIDS di Puskesmas Jumpandang Baru Makassar 2012. Diakses dari <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/3975/jurnal%20baru%20ima%20fix.docx?sequence=1>
- Rahayu, N.D. 2012. Hubungan Tingkat Harga Diri Dengan Tingkat Depresi Pada Klien ODHA di Poliklinik VCT RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2012. [Serial Online]. Diakses dari <http://www.sanglahhospitalbali.com/v1/penelitian.php?ID=57>
- Raguram, R. et al. 1996. Stigma, Depression, and Somatization in South India. *American Journal of Psychiatry*. 153(8):1043-9. Diakses dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8678173>
- Siboro, H.K. 2013. Pengaruh dukungan keluarga terhadap keberfungsian sosial orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Rumah Singgah Caritas PSE Medan. Skripsi. Universitas Sumatra Utara. Diakses dari <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/46414/6/Cover.pdf>
- Siahaan, R.R. 2011. Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Program Pengobatan Pasien HIV-AIDS di Posyansus Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan tahun 2011. Skripsi. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Mutiara Indonesia Medan. Diakses dari <http://sari-mutiara.ac.id/new/>

- wp-content/uploads/2013/10/35-JURNAL-HIV-RSUPHAM-JULI-2009.docx
- Silvitasari, I., Hermawati., & Liatrikawati, M. 2013. Efektivitas Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Pengobatan ARV Pada ODHA di Kelompok Dukungan Sebaya Kartasura. Diakses dari http://ws.ub.ac.id/selma2010/public/images/UserTemp/2014/05/09/20140509151326_9170.docx.
- Simboh, F.K., Bidjuni, H., & Lolong, J. 2015. Hubungan Dukungan Keluarga Bagi Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Klinik VCT RSU Bethesda GMIM Tomohon. *eJournal Keperawatan*, 3 (2). Diakses <http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/8080/7641>
- Sayles, J.N. et al. 2007. Experiences of Social Stigma and Implications for Healthcare Among a Diverse Population of HIV Positive Adults. *J Urban Health*, 84(6), 814-828. Doi: 10.1007/s11524-007-9220-4
- Widyarsono, S. 2013. Hubungan antara Depresi dengan Kualitas Hidup Aspek Sosial Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). Skripsi. Universitas Pendidikan Indonesia. [Serial Online]. Diakses dari <http://repository.upi.edu/3220/>
- Winari, D.D. 2015. Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Dengan Depresi Pada Pasien HIV/AIDS di Klinik Edelweis RSUP. DR. Sardjito Yogyakarta. Skripsi Universitas Gadjah Mada. [Serial Online]. Diakses dari <http://etd.repository.ugm.ac.id>.
- Yusnita, L.E. 2012. Hapus Stigma dan Diskriminasi, Pahami HIV & AIDS. [Serial Online]. Diakses dari <https://dinkeskebumen.wordpress.com/2012/01/10/hapus-stigma-dan-diskriminasi-pahami-hiv-aids/>
- Yulianti, R.A. 2013. Kualitas Hidup Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Kabupaten Jember. Skripsi Universitas Jember. Diakses dari <http://repository.unej.ac.id/>
- Yaunin, Y., Afriant, R., & Hidayat, N.M. 2014. Kejadian Gangguan Depresi pada Penderita HIV/AIDS yang Mengunjungi Poli VCT RSUP Dr. M. Djamil Padang Periode Januari - September 2013. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 3(2). [Serial Online]. Diakses dari <http://jurnal.fk.unand.ac.id/index.php/jka/article/view/100/95>
- Zhang, Y. et al. 2011. Impact of HIV/AIDS on Social Relationships in Rural China. *The Open AIDS Journal*, 5, 67-73. Diakses dari http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_zhang_impacthivaidschina.pdf